

## RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA DE DISCAPACIDAD

Esta planilla deberá ser completada por el médico tratante con letra mayúscula, en forma clara, sin tachaduras, ni enmiendas y presentada junto con la planilla de "Cronograma de la Totalidad de las Terapias" firmada por el mismo profesional. En caso de DEPENDENCIA deberá adjuntar la planilla de "Medida de Independencia Funcional".

FECHA: ...../...../.....

NOMBRE Y APELLIDO: .....

DOMICILIO: .....

FECHA DE NACIMIENTO: ...../...../..... EDAD: ..... SEXO: F - M D.N. I: .....

NACIONALIDAD: .....

NOMBRE Y APELLIDO DE LA MADRE, PADRE O TUTOR: .....

DIAGNÓSTICO: .....

PLAN TERAPÉUTICO INDICADO Y MODALIDAD DE CONCURRENCIA:

Módulos y detalles de las prestaciones solicitadas con días, horarios, modalidad de asistencia: jornada simple o doble

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

6.....

Otros: .....

TRASLADO: SI - NO

DEPENDENCIA (act. básicas de la vida cotidiana): SI - NO

JUSTIFICACIÓN CLÍNICA DEL TRASLADO (especificar motivo por el cual no puede usufructuar el traslado gratuito en transportes públicos de acuerdo a lo previsto en la Ley 24.314, art 22, inc. A): .....

JUSTIFICACIÓN CLÍNICA DE LA DEPENDENCIA (especificación puntaje en escala FIM - índice de dependencia funcional): .....

El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326. La dirección Nacional de Protección de datos Personales, órgano de control de la Ley N 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.

.....

FIRMA

.....

SELLO DEL MEDICO